



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Rapport
van het hertoetsbezoek
locatie Huis Convivio
(voormalig Villa Anna)
te Tilburg
op 16 november 2017

Utrecht
december 2017

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 4
1.3	Methode 4
1.4	Toetsingskader 5
1.5	Beschrijving zorgaanbieder 5
1.6	Beschrijving locatie Huis Convivio 5
2	Conclusie en beschouwing 7
2.1	Samenvatting van de scores per thema 7
2.2	Resultaten bezoek 16 juni 2016 onvoldoende 8
2.3	Resultaten hertoetsbezoek 24 februari 2017 onvoldoende 9
2.4	Inspectiebezoek op 18 mei 2017 9
2.5	Resultaten hertoetsbezoek op 4 augustus 2017 nog steeds onvoldoende 9
2.6	<i>Resultaten hertoetsbezoek</i> 16 november 2017 9
2.7	Conclusie 10
3	Handhaving 11
3.1	Inleiding 11
3.2	Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed 11
3.3	Vervolgacties Zorgaanbieder 11
3.4	Vervolgacties inspectie 11
4	Bevindingen inspectiebezoek 12
4.1	Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid 12
4.1.1	Inleiding 12
4.1.2	Scores 13
4.2	Thema 2: cliëntdossier 16
4.2.1	Inleiding 16
4.2.2	Scores 17
4.3	Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers 20
4.3.1	Inleiding 20
4.3.2	Scores 20
4.4	Thema 4: medicatieveiligheid 23
4.4.1	Inleiding 23
4.4.2	Scores 23
4.5	Thema 5: vrijheidsbeperking 27
4.5.1	Inleiding 27
4.5.2	Scores 27
4.6	Overige bevindingen 30
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 31
Bijlage 2	Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten 32

1 Inleiding

Op 16 november 2017 bracht de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna: de inspectie) een onaangekondigd hertoetsbezoek aan Convivio locatie Huis Convivio, het voormalige Villa Anna (hierna: Huis Convivio) in Tilburg. Dit hertoetsbezoek was een vervolg op vorige bezoeken aan locatie Villa Anna op 16 juni 2016 en 24 februari 2017 en aan Huis Convivio op 4 augustus 2017.

In het eerste hoofdstuk van dit hertoetsrapport beschrijft de inspectie het kader waarbinnen zij het hertoetsbezoek bracht. In de hoofdstukken hierna volgen de conclusie, de handhaving met daarin de maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen en tenslotte de bevindingen.

1.1 Aanleiding en belang

De taak van de inspectie is het bevorderen van zorg van goede kwaliteit en van goed niveau. Goede zorg is in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht en tijdig. De zorgaanbieder stemt de zorg af op de reële behoefte van de cliënt en levert de zorg in overeenstemming met de professionele standaard. Hierbij neemt de zorgaanbieder de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht en borgt hij dat de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.

De inspectie vult haar taak in door erop toe te zien dat zorgaanbieders die onder toezicht staan, wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden naleven. Zij doet dit onder meer door het brengen van aangekondigde en onaangekondigde inspectiebezoeken. De inspectie oefent haar toezicht niet uit vanuit de opvatting 'regels zijn regels', maar vanuit de overtuiging dat regels en (beroeps)normen een onontbeerlijk kader vormen voor goede zorg, en daarmee bijdragen aan de preventie van onnodige risico's voor cliënten. Extra aandacht gaat uit naar kwetsbare groepen.

Inspectiebezoek op 16 juni 2016

Bij het bezoek van 16 juni 2016 concludeerde de inspectie dat de zorg die door Convivio binnen Villa Anna geboden werd, vrijwel niet voldeed aan de normen en daardoor risicovol was. De zorgverlening binnen Villa Anna voldeed niet aan 28 van de 32 getoetste normen (zie paragraaf 2.2).

Bestuurgesprek op 19 juli 2016

Naar aanleiding van de resultaten van het inspectiebezoek op 16 juni 2016 vond op 19 juli 2016 een gesprek plaats tussen de inspectie en het bestuur van Convivio. Het doel was enerzijds om inzicht te verkrijgen in hoe de bestuurlijke verantwoordelijkheid was ingevuld binnen Convivio. Anderzijds was het doel de urgentie aan te geven van de bevindingen van de inspectie. De inspectie gaf aan dat de verbeteringen worden getoetst in een hertoetsbezoek. Dit bezoek vond plaats op 24 februari 2017.

Resultaatsverslag van 20 oktober 2016

Op 20 oktober 2016 ontving de inspectie een resultaatsverslag. In dit overzicht met verbeteracties beschreef Convivio de onderwerpen, de acties en de planning van de acties en wanneer het gereed was. In dit verslag was onvoldoende duidelijk wie de verantwoordelijkheid had bij de afzonderlijke verbeterprocessen. Ook was niet geheel helder hoe de directie had gemeten dat er volledig aan de norm werd voldaan.

Inspectiebezoek op 24 februari 2017

Bij het bezoek van 24 februari 2017 concludeerde de inspectie dat de zorg die door Convivio binnen Villa Anna geleverd werd, nog steeds niet voldeed aan de meeste normen en daardoor aanhoudend risicovol was. De zorgverlening voldeed niet aan 27 van de 32 getoetste normen.

Instellen verscherpt toezicht

Op 14 april 2017 stelde de inspectie Huis Convivio, voor een periode van vier maanden, onder verscherpt toezicht. In de periode van het verscherpt toezicht verwachtte de inspectie maandelijkse resultaatsverslagen van de te nemen verbeteracties. Ook kon de inspectie Huis Convivio aangekondigd en/of onaangekondigd bezoeken.

Convivio stelde op 12 mei 2017 een plan van aanpak met een resultaatsverslag op per norm en gaf aan hoe verbeteringen tot stand zouden komen, welke acties hiertoe werden ondernomen en wat de stand van zaken was. Dit resultaatsverslag gaf een duidelijk beeld over de ingezette verbeteracties betreffende de kwaliteit van zorg bij Huis Convivio.

Inspectiebezoek op 18 mei 2017

De doelstelling van dit (tussentijdse) inspectiebezoek aan Huis Convivio was om de voortgang van de te nemen maatregelen te toetsen. De inspectie legde tijdens dit bezoek de focus op het thema 'Medicatieveiligheid'.

Aan het eind van dit inspectiebezoek concludeerde de inspectie dat de verbetermaatregelen bij de medicatieveiligheid met goed gevolg bij Huis Convivio waren geïmplementeerd en bijna geheel waren geborgd.

Inspectiebezoek 4 augustus 2017

Bij het bezoek van 4 augustus 2017 concludeerde de inspectie dat de zorg die binnen Huis Convivio geboden werd, op de andere thema's nog niet voldeed aan een groot aantal normen en daardoor aanhoudend risicovol bleef. De zorgverlening binnen Huis Convivio voldeed niet aan 15 van de 27 getoetste normen en leidde op die punten tot ernstige risico's voor cliënten.

Verlenging verscherpt toezicht

Gezien de achterblijvende verbeteringen voerde de inspectie op 12 september 2017 een gesprek met de directie. De inspectie heeft vervolgens besloten om het verscherpt toezicht van Huis Convivio voor een periode van twee maanden te verlengen. Dit verlengd verscherpt toezicht duurde van 15 september 2017 tot 15 november 2017.

1.2 Doelstelling

De doelstelling van dit hertoetsbezoek aan Huis Convivio op 16 november 2017 was om te beoordelen in hoeverre de zorg die Convivio biedt, na de verbeteracties voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden die risico's bij cliënten beperken. Ten einde te beoordelen of het de door de inspectie ingestelde verscherpt toezicht beëindigd kan worden.

1.3 Methode

De inspectie gebruikte hetzelfde bezoekinstrument met te toetsen thema's, normen en beoordelingsaspecten als bij het vorige inspectiebezoek. De geboden zorg is op de volgende thema's opnieuw getoetst:

- Sturen op kwaliteit en veiligheid;
- Cliëntdossier;
- Deskundigheid en inzet personeel;
- Medicatieveiligheid;
- Vrijheidsbeperking.

Om tot een gefundeerd oordeel te komen, gebruikte de inspectie verschillende informatiebronnen. Door de informatie uit deze bronnen te vergelijken en te wegen, beoordeelde de inspectie opnieuw of de door Huis Convivio geboden zorg voldeed aan relevante wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden. De inspectie raadpleegde de volgende informatiebronnen:

- het vastgestelde rapport van het vorige inspectiebezoek;
- het resultaatsverslag van datum 15 oktober 2017;
- gesprekken met uitvoerende medewerkers;
- gesprekken met het management(team);
- het inzien van cliëntdossiers;
- het inzien van documenten, genoemd in bijlage 1.

1.4 Toetsingskader

De normen en beoordelingsaspecten die de inspectie hanteerde, zijn gebaseerd op de wet- en regelgeving en de daarvan afgeleide normen van de koepelorganisaties en de branche- en beroepsverenigingen. Bij risico's waarvoor wet- en regelgeving en daarvan afgeleide normen ontbraken, hanteerde de inspectie indien nodig eigen handhavingsnormen. Een overzicht van het normenkader is opgenomen in bijlage 2.

1.5 Beschrijving zorgaanbieder

In 2011 is Convivio opgericht. Vanaf 1 januari is de rechtsvorm een V.O.F. Beide oprichters en eigenaren vormen samen de vennoten (hierna: de directie). Een van de directeuren is een BIG-geregistreerde geriatrisch verpleegkundige en de andere directeur heeft geen zorgachtergrond.

Convivio biedt sinds 2011 dagbesteding aan, in groepen van tien tot twaalf cliënten, in een pand in Tilburg. Daarnaast startte de directie in februari 2014 een kleinschalige woonvoorziening op de locatie Villa Anna.

1.6 Beschrijving locatie Huis Convivio

Algemeen

Na het bezoek van 24 februari 2017 aan Villa Anna vonden ontwikkelingen plaats binnen de zorgorganisatie Convivio. Een belangrijke verandering was dat de cliënten van Villa Anna verhuisden naar een nieuwe grotere locatie, genoemd Huis Convivio in Tilburg. Daardoor is de mogelijkheid tot verblijf uitgebreid van negen naar zestien cliënten.

Huis Convivio is een monumentaal historisch gebouw. Sinds maart 2017 biedt de zorgaanbieder op deze locatie 24-uurs dementiezorg aan zeventien cliënten. Cliënten huren van Convivio een kamer in Huis Convivio en betalen daarnaast aan Convivio voor de zorg, het zogenoemde gescheiden woon- en zorgconcept. De financiering verloopt middels een persoonsgebonden budget (PGB) uit de vergoeding die de cliënt ontvangt met zijn of haar indicatie uit de Wet langdurige zorg (Wlz).

In de hoofdwoning is een gemeenschappelijke woon- en eetkamer met een serre waar overdag de cliënten verblijven. Iedere cliënt heeft een eigen appartement met eigen sanitair en kan het appartement geheel naar eigen smaak inrichten. Een deel van de appartementen bevindt zich in het monumentale gedeelte van Huis Convivio, een ander deel van de appartementen bevindt zich in een later gebouwd gedeelte, bereikbaar via een lange gang. Op de begane grond zijn zes appartementen, op de eerste verdieping acht appartementen en op de tweede verdieping twee appartementen. Ook is er een logeerkamer aanwezig voor familie of mantelzorgers. Overdag bereidt een medewerker in de eigen keuken de maaltijden. Buiten zijn twee tuinen; een binnentuin en een achtertuin. In de binnentuin staat een volière en bevinden zich zitjes. Naast het nieuwere gedeelte is de achtertuin. De directie is voornemens om deze achtertuin als een belevingsgerichte tuin in te richten.

De 17 cliënten hebben een zorgprofiel (ZZP) van wie vijftien cliënten ZZP 5 (beschermd wonen met intensieve dementiezorg) en twee cliënt ZZP 7 (beschermd wonen met zeer intensieve zorg, met de nadruk op begeleiding). Enkele cliënten van Huis Convivio gaan overdag naar de dagbesteding van Convivio. Aan de overige cliënten wordt dagbesteding in Huis Convivio zelf geboden.

Het personeelsbestand bestaat uit 17 zorggerelateerde medewerkers (15,6 FT). Huis Convivio heeft de volgende medewerkers: een kwaliteitsmedewerker, twee verpleegkundigen opleidingsniveau 4, twee verpleegkundigen niveau 5, zes verzorgenden-IG, een medewerker maatschappelijke zorg (MMZ) niveau 3, een helpende zorg en welzijn niveau 2, een helpende niveau 2 plus, twee welzijnsmedewerkers en een medewerker MMZ als oproepkracht. Daarnaast is er de inzet van een leerling-verzorgende.

Per augustus 2016 is een kwaliteitsmedewerker voor 32 uur werkzaam bij Convivio. Deze medewerker kreeg van de bestuurders de opdracht om onder andere zorgverleners te ondersteunen middels persoonlijke gesprekken. Ook was haar taak het actualiseren van de protocollen, formulieren en werkinstructies. Daarnaast is in april 2017 een externe coach ingeschakeld die de directie en de medewerkers coacht bij de implementatie en borging van de verbeteringen. Per oktober 2017 neemt Convivio deel aan het ondersteuningsprogramma Kwaliteitsverbetering Verpleeghuizen van Waardigheid en Trots.

Alle bewoners hebben een eigen huisarts. Convivio werkt samen met één apotheek. Daarnaast kan Convivio een externe specialist ouderengeneeskunde, een psycholoog of andere relevante disciplines consulteren voor cliënten met een zorgproblematiek.

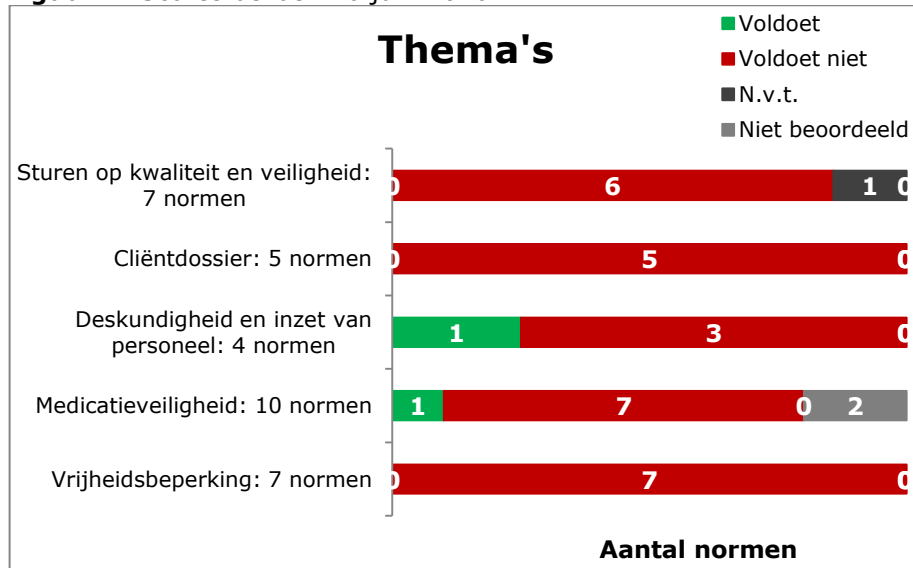
2 Conclusie en beschouwing

Dit hoofdstuk start met een samenvattend overzicht van de scores per thema van het vorige inspectiebezoek en van het hertoetsbezoek. Vervolgens geeft de inspectie haar conclusie. De inspectie onderbouwt haar conclusie daarna in één of meer beschouwende subparagrafen. Deze onderbouwing beschrijft de grote lijnen en de belangrijkste risico's. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen de scores op de normen zijn gegeven.

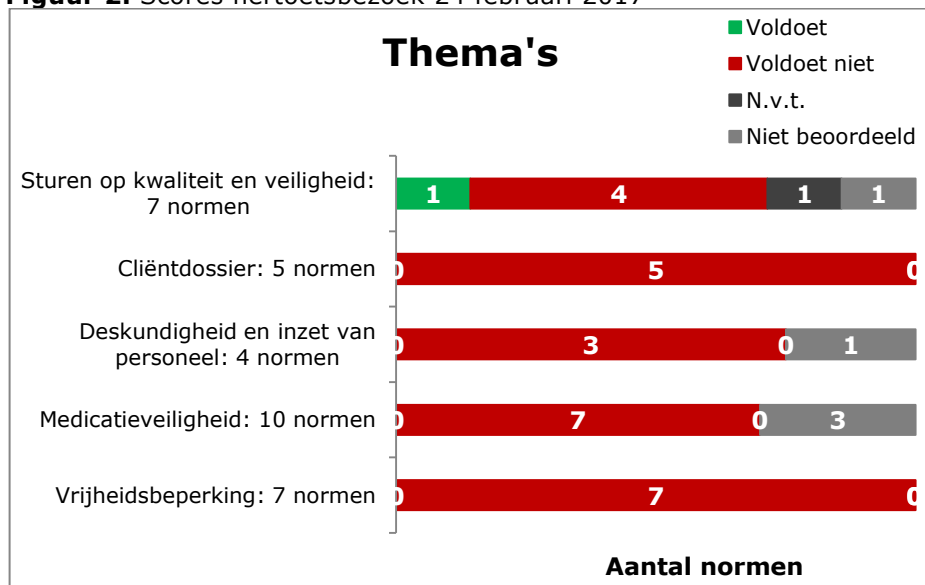
2.1 Samenvatting van de scores per thema

De onderstaande tabel biedt per thema een samenvatting van de scores op de normen waaraan de inspectie de geboden zorg toetste.

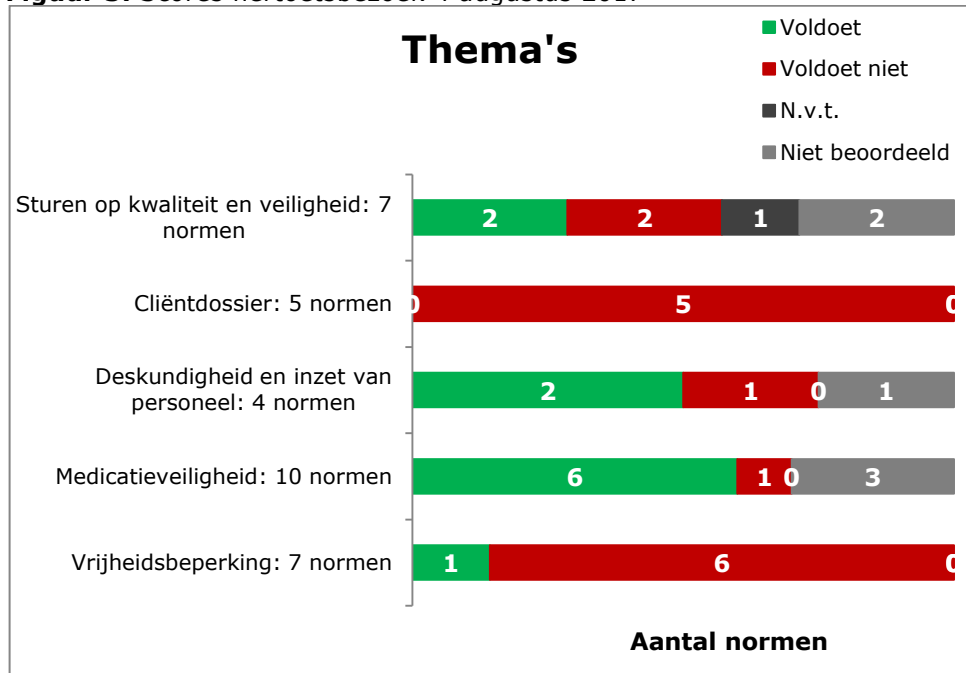
Figuur 1. Scores bezoek 16 juni 2016



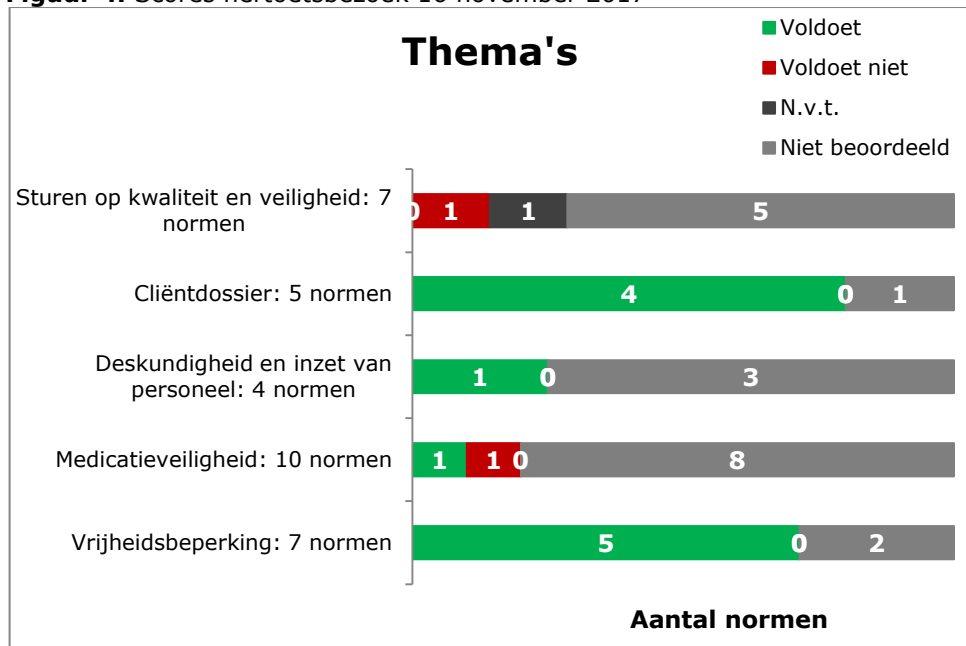
Figuur 2. Scores hertoetsbezoek 24 februari 2017



Figuur 3. Scores hertoetsbezoek 4 augustus 2017



Figuur 4. Scores hertoetsbezoek 16 november 2017



2.2

Resultaten bezoek 16 juni 2016 onvoldoende

Bij het bezoek van 16 juni 2016 concludeerde de inspectie dat de zorg die in Villa Anna geboden werd, vrijwel niet voldeed aan de normen en daardoor risicovol was. De zorg binnen Villa Anna voldeed niet aan 29 van de 31 getoetste normen.

De inspectie constateerde op 16 juni 2016 dat binnen Villa Anna rust en aandacht centraal stonden. Op professioneel vlak schoot de zorg echter op alle thema's ernstig te kort. Zo stuurde de directie niet op kwaliteit en veiligheid. Daarnaast was het cliëntdossier niet op orde en was er geen 24-uursdekking van voldoende professionele gediplomeerde medewerkers. Daarbij liet de medicatieveiligheid

ernstig te wensen over en was er geen beleid, kennis en deskundigheid aanwezig rondom vrijheidsbeperking.

2.3 Resultaten hertoetsbezoek 24 februari 2017 onvoldoende

Bij het hertoetsbezoek van 24 februari 2017 concludeerde de inspectie dat de zorg die in Villa Anna geboden werd, nog steeds vrijwel niet voldeed aan de normen en daardoor risicovol was. De zorg binnen Villa Anna voldeed niet aan 27 van de 28 getoetste normen. De resultaten van dit bezoek lieten zien dat de organisatie getracht had om verbetermaatregelen in te zetten zoals het aannemen van een kwaliteitsfunctionaris. Maar er werd onvoldoende bereikt. Hoewel de wil om te verbeteren aanwezig was, ontbrak het bij de directie aan sturing en kennis om de noodzakelijke verbeteringen te implementeren en te borgen.

2.4 Inspectiebezoek op 18 mei 2017

Op 18 mei 2017 bracht de inspectie een onaangekondigd inspectiebezoek aan Huis Convivio. De doelstelling van het (tussentijdse) onaangekondigde inspectiebezoek was om de voortgang op de te nemen maatregelen te toetsen. De inspectie legde tijdens dit bezoek de focus op het thema 'Medicatieveiligheid'. De inspectie concludeerde dat de verbetermaatregelen bij de medicatieveiligheid met goed gevolg waren ingezet. De organisatie pakte de te nemen maatregelen in het opgestelde plan slagvaardig op. De medewerkers werkten zichtbaar aan het verbeteren van de medicatieveiligheid. Veel verbetermaatregelen waren al geïmplementeerd en geborgd.

2.5 Resultaten hertoetsbezoek op 4 augustus 2017 nog steeds onvoldoende

Bij dit hertoetsbezoek van 4 augustus 2017 concludeerde de inspectie dat de zorg die in de Huis Convivio geboden wordt, bij de andere thema's nog steeds niet voldoet aan de normen en daardoor risicovol bleef. De zorg binnen Huis Convivio voldeed niet aan 15 van de 27 getoetste normen. Verbeteringen bij Huis Convivio waren zichtbaar, maar bij een aantal thema's nog onvoldoende uitgewerkt en geborgd.

2.6 Resultaten hertoetsbezoek 16 november 2017

Huis Convivio heeft in de periode van het verlengd verscherpt toezicht hard gewerkt aan het verder doorvoeren van verbetermaatregelen. Tijdens het hertoetsbezoek van 16 november 2017 voldoet Huis Convivio aan bijna alle normen. Aan 2 van de 15 beoordeelde normen wordt nog niet geheel voldaan. Voor beide normen geldt dat het verbetertraject is ingezet.

2.6.1 Cliëntdossier verbeterd

Huis Convivio heeft gewerkt aan een verdere implementatie van het ECD. De zorgdoelen zijn inzichtelijk opgesteld en hebben waar nodig een relatie met de cliëntgebonden risico's. De rapportages sluiten aan bij de zorgdoelen en deze worden in de structurele overlegvormen geëvalueerd. Daarmee zijn zorgafspraken navolgbaar. Medewerkers zijn goed op de hoogte van de werkwijze en mogelijkheden van het ECD.

2.6.2 Inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig

Besluiten over de inzet en evaluatie van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn vastgelegd in het cliëntdossier. Voor de besluitvorming vindt een probleemanalyse van het gedrag van de cliënt plaats. Indien van toepassing is de wilsonbekwaamheid van de cliënt door een deskundige beoordeeld.

2.6.3 *Coachingstraject Waardigheid en Trots*

Convivio kiest er voor om deel te nemen aan het ondersteuningsprogramma Kwaliteitsverbetering Verpleeghuizen van Waardigheid en trots. Dit houdt onder andere in dat Huis Convivio voor de periode van ruim een jaar wordt bijgestaan door een coach van Waardigheid en Trots. Met behulp van de coach wil Huis Convivio werken aan de verdere implementatie van de genomen verbetermaatregelen, zodat deze ook voor de lange termijn worden geborgd.

2.7 **Conclusie**

Op basis van de inspectiebezoeken concludeert de inspectie dat de tekortkomingen die ten grondslag lagen aan het verscherpt toezicht grotendeels zijn weggenomen. De zorg die Huis Convivio biedt, voldoet nog niet op alle punten aan de normen en beoordelingsaspecten die de inspectie heeft gehanteerd. De inspectie verwacht dat deze normen verder zullen worden opgepakt en geïmplementeerd in de organisatie.

3 Handhaving

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk begint met een overzicht van de normen waaraan de geboden zorg niet voldeed en waarvoor verbetermaatregelen noodzakelijk zijn. Vervolgens geeft de inspectie aan wat zij van de zorgaanbieder verwacht. Daarna beschrijft de inspectie haar vervolgacties.

De inspectie gaat ervan uit dat de informatie in hoofdstuk 4 voldoende handvatten biedt om de verbeteringen door te voeren die nodig zijn om te voldoen aan de normen in paragraaf 3.2.

3.2 Overzicht van normen waaraan de geboden zorg niet voldeed

Sturen op kwaliteit en veiligheid

1.2 De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.

Medicatieveiligheid

4.4 Voor elke voorbehouden handeling is een opdracht in het cliëntdossier aanwezig.

3.3 Vervolgacties Zorgaanbieder

De inspectie vertrouwt erop dat de zorgaanbieder verbetermaatregelen neemt op de punten waar de geboden zorg nog niet aan de normen voldeed. De inspectie gaat ervan uit dat de informatie in hoofdstuk 4 hiervoor voldoende handvatten biedt.

3.4 Vervolgacties inspectie

De inspectie zal de vorderingen bij Convivio blijven volgen en indien aan de orde opnieuw bezoeken.

4 Bevindingen inspectiebezoek

Dit hoofdstuk bevat per thema een inleiding, de scores op de normen en op de bijbehorende beoordelingsaspecten. Na ieder thema volgt zo nodig een toelichting op de scores.

De scores zijn in een tabel weergegeven. Er zijn vier scoremogelijkheden:

- 'voldoet'
- 'voldoet niet'. In alle gevallen geldt: als de geboden zorg op één beoordelingsaspect van een norm een score 'voldoet niet' heeft, dan scoort de geboden zorg op de hele norm 'voldoet niet'. Dit geldt dus ook als de geboden zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van een norm een score 'niet beoordeeld' heeft.
- 'niet van toepassing (n.v.t.)'. De score 'n.v.t.' geeft de inspectie als de situatie waarop de norm van toepassing is, in Villa Anna nooit voorkomt.
- 'niet beoordeeld'. 'Niet beoordeeld' betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is in Villa Anna wel voorkomt, maar tijdens het bezoek niet aan de orde is geweest. Heeft de zorg op de helft of meer dan de helft van de beoordelingsaspecten van die norm een score 'niet beoordeeld'? Dan beschouwt de inspectie de geboden zorg waarop een norm van toepassing is als niet beoordeeld.

Incidenteel kan het voorkomen dat de inspectie feiten en risico's constateert die niet in de beoordelingsaspecten worden genoemd, maar wel betrekking hebben op een norm. Wanneer de inspectie die feiten ernstig vindt en de risico's voor cliënten groot zijn, kan dit reden zijn om die norm een score 'voldoet niet' te geven. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat de inspectie beoordelingsaspecten bij een norm als 'voldoet niet' beoordeelt, en die norm desondanks een score 'voldoet' krijgt. Dit kan gebeuren als de zorgaanbieder andere maatregelen heeft getroffen die hebben geleid tot goede zorg.

De nummering van de normen is niet altijd opeenvolgend. Dit komt omdat de normen uit een groter normenbestand komen; de inspectie toetst niet aan alle normen uit dit bestand.

De inspectie beoordeelde tijdens dit bezoek de geboden zorg alleen op de normen die tijdens het vorige bezoek 'voldoet niet' scoorden.

4.1 Thema 1: sturen op kwaliteit en veiligheid

4.1.1 *Inleiding*

In de uitvoering van de zorg moet zichtbaar zijn dat de zorgaanbieder stuurt op kwalitatief goede en veilige zorg. Deze zorg is gericht op het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van bestaan en de eigen regie van de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, borgt in samenspraak met relevante disciplines en partijen een effectieve Plan-Do-Check-Act-cyclus. Dit betekent dat hij structureel relevante kwaliteitsinformatie verzamelt en hierover met belanghebbenden in dialoog gaat. Daardoor wordt zichtbaar wat goed gaat en waar het nog beter kan. De zorgaanbieder is eindverantwoordelijk voor het uitvoeren van de hierop gebaseerde verbeteracties en voor de beoordeling van de effecten ervan.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, werkt systematisch aan het optimaliseren van de relatie tussen cliënt en professional. De zorgaanbieder richt zijn organisatie zo in dat medewerkers in dialoog met de cliënt kunnen handelen. Hierbij zijn de wensen en behoeften van de cliënt altijd het uitgangspunt.

4.1.2

Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.1	De zorgaanbieder gebruikt op structurele wijze cliëntervaringen voor kwaliteitsverbetering.				x
a)	Eens in de twee jaar voert de zorgaanbieder een cliëntervaringsonderzoek uit. Het laatste onderzoek is maximaal twee jaar oud.	x			
b)	Maximaal binnen een jaar na het cliëntervaringsonderzoek heeft de zorgaanbieder de resultaten op de locatie/in het team aantoonbaar gebruikt om de kwaliteit te verbeteren.				x
1.2	De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers (bijna-)fouten systematisch en structureel melden. Hij verzamelt en analyseert de meldingen en gebruikt deze voor verbeteracties.		x		
a)	Medewerkers zeggen (bijna-)fouten veilig te kunnen melden.	x			
b)	Ten minste een persoon of commissie (bijvoorbeeld MIC) analyseert de meldingen systematisch.		x		
c)	Op basis van de meldingenanalyse neemt de zorgaanbieder aantoonbaar verbetermaatregelen.	x			
1.3	De zorgaanbieder gebruikt klachten van cliënten voor verbeteracties.				x
a)	De zorgaanbieder heeft een klachtenregeling conform de voor de doelgroep(en) geldende wetgeving.				x
b)	De zorgaanbieder gebruikt informatie uit de klachtenafhandeling voor verbeteracties.				x

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
1.4	De zorgaanbieder regelt cliëntenmedezeggenschap.				x
a)	De zorgaanbieder regelt medezeggenschap waarbij cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers cliëntbelangen behartigen.				x
b)	De leden/cliënten die deelnemen aan de cliënten-medezeggenschap ervaren dat de zorgaanbieder hen tijdig en goed informeert en goed luistert naar hun inbreng. Ook vinden zij dat de zorgaanbieder de juiste zaken agendeert.				x
1.5	De zorgaanbieder heeft in- en exclusiecriteria voor cliënten.				x
a)	De zorgaanbieder gebruikt in- en exclusiecriteria voor cliënten als uitgangspunt bij de samenstelling van cliëntgroepen.				x
b)	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger heeft van de zorgaanbieder informatie ontvangen over de in- en exclusiecriteria voor cliënten.				x
1.6	De zorgaanbieder heeft geborgd beleid over een gesloten deur bij geplande zorgvraag.			x	
a)	De zorgaanbieder heeft beleid beschreven over een gesloten deur bij geplande zorgvraag en evalueert periodiek of bijstelling hiervan nodig is.			x	
b)	Het beleid over een gesloten deur bij geplande zorgvraag is bekend bij de medewerkers.			x	
c)	Het beleid over een gesloten deur bij geplande zorgvraag is bekend bij de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger.			x	
1.9	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen.				x
a)	De zorgaanbieder is in het bezit van een verklaring omtrent gedrag (VOG) van alle medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn getreden en zorg verlenen of beroepsmatig met cliënten in aanraking komen. <i>(Geldt alleen voor zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen, zowel instellingen als solistisch werkende zorgverleners)</i>				x

Toelichting

- 1.1 De zorgaanbieder heeft in het vierde kwartaal van 2017 via Zorgkaart Nederland een cliënttevredenheidonderzoek uitgevoerd. Hiervoor vulden cliënten en/of cliëntvertegenwoordigers Zorgkaart Nederland in. Ook nam Zorgkaart Nederland een aantal telefonische interviews af. De resultaten gaven geen aanleiding tot verbeteracties. Huis Convivio is voornemens om een aanvullend, diepgaander cliënttevredenheidonderzoek uit te voeren om zo het continue kwaliteitverbeterproces verder in gang te zetten. Vanaf januari 2018 wordt dit opgepakt in samenwerking met de familieraad.
- 1.2 Uit het laatste MIC-overzicht ontbrak nog steeds een systematische analyse naar de basisoorzaken van de incidenten. De meldingen werden opgenomen in een maandoverzicht en daarbij gescoord op ernst en frequentie. In een apart overzicht noteerde de MIC-commissie de ingezette verbeteracties met een evaluatiedatum. De organisatie gaf aan dat de analyse van meldingen aandacht heeft en dat er scholing plaatsvindt om dit verder te ontwikkelen.

4.2 Thema 2: cliëntdossier¹

4.2.1 Inleiding

Het cliëntdossier is een belangrijke basis voor cliëntgerichte zorg.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, maakt met iedere cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vóór de start van de zorgverlening of zo snel als mogelijk na de start van de zorgverlening afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning. Deze afspraken gaan uit van de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Ook houden deze afspraken rekening met beperkingen van de cliënt en met ingeschatte mogelijke cliëntgebonden risico's.

Bij de uitvoering van de zorg en ondersteuning is het uitgangspunt het zo veel mogelijk versterken van de eigen regie van de cliënt en van zijn ervaren kwaliteit van bestaan. De medewerker die eerstverantwoordelijke is voor de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt stelt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger zorg- en ondersteuningsdoelen vast. In deze doelen moeten de wensen van de cliënt doorklinken en de wijze waarop hij zijn leven wil inrichten. De doelen zijn niet uitsluitend probleemgericht gedefinieerd maar bevorderen ook de kwaliteit van het bestaan van de cliënt zo goed mogelijk. Ook maakt de eerstverantwoordelijke medewerker met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning.

De medewerker legt deze afspraken vast in de vorm van een individueel zorgplan. Uit dit plan wordt duidelijk welke zorg en ondersteuning een cliënt van de zorgaanbieder vraagt. Ook beschrijft het plan wat er nodig is om de zorg- en ondersteuningsdoelen te behalen en wie daarvoor verantwoordelijk is of zijn. Naast de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger en de eerstverantwoordelijke medewerker leveren alle overige betrokken medewerkers en disciplines, zoals gedragswetenschappers, artsen en paramedici, een zichtbare bijdrage aan afspraken over de uitvoering van de zorg en ondersteuning aan de cliënt.

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft geborgd beleid voor het rapporteren in het cliëntdossier over de voortgang op de zorg- en ondersteuningsdoelen en over de mate waarin deze doelen worden behaald. Ook is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor rapportage over andere relevante zaken op individueel cliëntniveau die om rapportage vragen. De zorgaanbieder waarborgt de periodieke multidisciplinaire evaluatie van het zorgplan met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger. Na de evaluatie maken de betrokkenen met elkaar nieuwe afspraken.

¹ Onder 'cliëntdossier' verstaat de inspectie alle vastgelegde informatie op individueel cliëntniveau die relevant is voor de zorgverlening aan de cliënt. Het individuele zorg-/ondersteuningsplan is een onderdeel van het cliëntdossier.

4.2.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn aantoonbaar betrokken bij het opstellen van het zorgplan.²	x			
a)	Bij iedere nieuwe cliënt is binnen zes weken na de start van de zorgverlening een zorgplan vastgesteld.				x
b)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken bij de beschrijving van de levensgeschiedenis, wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
c)	Uit het cliëntdossier blijkt dat de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger heeft ingestemd met de inhoud van het zorgplan.	x			
2.2	De wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt zijn de basis voor de zorg-/ondersteuningsdoelen.³				x
a)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.	x			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen zijn gebaseerd op diagnostiek van relevante disciplines.				x
2.4	Medewerkers inventariseren en evalueren periodiek de cliëntgebonden risico's en baseren hierop de zorg en de ondersteuning.	x			
a)	In het cliëntdossier zijn relevante cliëntgebonden risico's en daaruit voortvloeiende afspraken opgenomen. Voorbeelden van cliëntgebonden risico's zijn: - Huidletsel - Incontinentie - Vallen - Problemen medicatiegebruik - Ondervoeding/overgewicht - Probleem- of onbegrepen gedrag - Mondzorg	x			
b)	De zorg-/ondersteuningsdoelen passen bij de resultaten van de individuele risico-inventarisaties.	x			

2 Voor deze normen geldt een afwijkend handhavingbeleid voor cliënten die zorg ontvangen vanuit een Persoonsgebonden Budget/PGB. Het recht op een zorgplanbespreking en een zorgplan zoals omschreven in de Wlz geldt niet voor deze groep cliënten. Het toezicht op de zorg aan deze cliënten blijft, voor wat betreft de normen en beoordelingsaspecten die specifiek over het zorgplan gaan, beperkt tot toetsen en zo nodig het geven van het advies om bepaalde zaken te verbeteren. Verdergaande handhavingmaatregelen zullen achterwege blijven. Dit neemt niet weg dat ook de zorg aan deze groep cliënten aantoonbaar van goed niveau, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht moet zijn, afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
2.5	Afgesproken doelen, acties, rapportages en evaluaties zijn op elkaar afgestemd.	x			
a)	De zorg-/ondersteuningsbehoeften, de zorg-/ondersteuningsdoelen en de acties hebben een logische samenhang.	x			
b)	De (dagelijkse) rapportages zijn gekoppeld aan de zorg-/ondersteuningsdoelen en acties.	x			
c)	De evaluaties van de geboden zorg en ondersteuning gaan over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties.	x			
2.6	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is/zijn betrokken bij de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. De evaluatiefrequentie is volgens de veldnorm of hoger.³	x			
a)	De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger is aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorgplan.	x			
b)	Periodieke evaluaties zijn aantoonbaar uitgevoerd met een minimale frequentie zoals vastgelegd in de veldnorm, of vaker.	x			
c)	Aantoonbaar is geëvalueerd of de gemaakte afspraken over de zorg-/ondersteuningsbehoeften, zorg-/ondersteuningsdoelen en zorgacties zijn nageleefd. De uitkomst van de evaluatie wordt gebruikt voor een eventuele wijziging van het zorgplan.	x			

Toelichting

- 2.1 De inspectie trof in de ingeziene cliëntdossiers een levensgeschiedenis aan. Uit de getoetste cliëntdossiers bleek dat, in geval van wilsonbekwaamheid van de cliënt, de cliëntvertegenwoordiger instemde met de inhoud van het zorgplan. De wilsonbekwaamheid was vastgesteld door de specialist ouderengeeekunde. In het digitale zorgdossier was de mogelijkheid voor het vastleggen van de wilsbekwaamheid van de cliënt nu ingevuld.
- 2.2 Vier medewerkers waren verantwoordelijk voor de cliëntdossiers. Er wordt nu gewerkt met standaarddoelen die passend zijn voor de bewoners van Huis Convivio. De inspectie toetste onder andere een cliëntdossier waarvan de doelen waren aangepast aan de laatste levensfase van de client. De geformuleerde doelen waren gericht om het voor de cliënt zo comfortabel mogelijk maken.
- 2.4 Op basis van de eerste risico-inventarisatie bepaalden medewerkers of een uitgebreidere risico inventarisatie op thema nodig was. Het systeem bood inventarisatiemogelijkheden voor onder andere vallen, ondervoeding,

decubitus en medicatie. Op basis van de risicoscores formuleerde de medewerker zorg- en ondersteuningsdoelen, of koppelde hieraan een actie voor de medewerkers. Risico-inventarisaties werden voorafgaand aan de evaluatie, het MDO, opnieuw ingevuld.

- 2.5 De samenhang tussen zorg- en ondersteuningsbehoeften, doelen, acties en rapportages was aanwezig. Medewerkers hebben hard gewerkt het nieuwe ECD zich eigen te maken. Vanuit de doelen konden medewerkers rapporteren. Ook konden zij selecteren op welke doel zij een selectie van rapportage wilde zien. Deze informatie gebruikten zij als input voor de evaluatie van het zorgplan. De MDO's waren in de maanden oktober en november uitgevoerd. De verslagen waren opgenomen in het ECD.
- 2.6 De cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger waren aantoonbaar betrokken geweest bij de evaluatie van het zorgplan. Het zorgplan was op basis van de evaluatie aantoonbaar aangepast. Zo was in overleg met een cliëntvertegenwoordiger tijdens het MDO besloten dat het wordt geaccepteerd als de cliënt niet wil eten of drinken. De doelen waren aangepast naar 'cliënt voelt zich comfortabel in het dementieproces'.

4.3 Thema 3: deskundigheid en inzet medewerkers

4.3.1 Inleiding

Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, organiseert de uitvoering van de geboden zorg zo dat hij tijdig, doelmatig, doelgericht en deskundig in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënt voorziet. De zorgaanbieder zet voldoende en deskundige medewerkers in. Hij schoolt, ondersteunt en stimuleert hen structureel.

Medewerkers die goede zorg bieden, richten zich op het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van bestaan voor de cliënt. Deskundige medewerkers zijn betrouwbaar, werken cliëntgericht en bejegenen de cliënt op een passende manier. Zij zijn in staat om de cliënt op een professionele, multidisciplinaire wijze de juiste ondersteuning te bieden op het vlak van sociaal-emotioneel, cognitief en somatisch functioneren. Deskundige medewerkers kunnen reflecteren op het effect van het eigen handelen.

Medewerkers die goede zorg bieden, werken volgens protocollen, procedures en werkinstructies. De zorgaanbieder borgt dat relevante actuele protocollen, procedures en werkinstructies aanwezig zijn. De zorgaanbieder stimuleert medewerkers om met gezond verstand te blijven werken. Hij biedt de mogelijkheid om gemotiveerd af te wijken van geldende protocollen en procedures wanneer situaties daarom vragen. Medewerkers leggen afwijkingen van protocollen, procedures, werkinstructies en zorgafspraken schriftelijk vast in het cliëntdossier.

Bij de geboden zorg kunnen tegelijkertijd of opeenvolgend verschillende onderdelen van dezelfde zorgaanbieder of verschillende zorgaanbieders betrokken zijn. In zulke situaties doet de zorgaanbieder wat in zijn vermogen ligt om een goede communicatie en coördinatie tussen alle betrokkenen, onder wie de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger, te waarborgen.

4.3.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.4	Medewerkers werken op een verantwoorde manier met relevante, actuele richtlijnen, protocollen en/of werkinstructies.	x			
a)	Medewerkers kennen relevante richtlijnen, protocollen en werkinstructies, en weten wanneer en hoe deze moeten worden gebruikt.	x			
b)	De zorgaanbieder borgt dat medewerkers met actuele richtlijnen, protocollen en werkinstructies werken.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
3.6	Medewerkers krijgen scholing om adequaat te kunnen voorzien in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.				x
a)	De zorgaanbieder weet welke kennis en kunde nodig is om te voldoen aan de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten.				x
b)	De zorgaanbieder weet over welke kennis en kunde de medewerkers beschikken.				x
c)	De zorgaanbieder voert een scholingsplan uit dat past bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de doelgroep en het deskundigheidsniveau van de medewerkers.				x
3.7	De zorgaanbieder zet op de juiste momenten voldoende en deskundige medewerkers in voor de uitvoering van de dagelijkse zorg.				x
a)	De zorgaanbieder borgt dat alleen bevoegde en bekwame medewerkers voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren.				x
b)	De zorgaanbieder borgt de inzet van voldoende en deskundige medewerkers op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten.				x
c)	De zorgaanbieder borgt de inzet van tijdelijke invalkrachten op zo'n manier dat de benodigde zorg en ondersteuning van de cliënten verantwoord is.				x
3.9	De zorgaanbieder verzamelt en analyseert contextuele factoren die van invloed zijn op de inzet van medewerkers. Zo nodig treft de zorgaanbieder passende maatregelen.				x
a)	De zorgaanbieder heeft ziekteverzuim, personeelsverloop, inzet van invalkrachten en ervaren werkdruk in beeld.				x
b)	De zorgaanbieder treft zo nodig passende maatregelen.				x

Toelichting

3.4 Medewerkers waren bekend met het gebruik van de werkinstructies uit de eigen map van Huis Convivio, en met de protocollen van Vilans.

4.4 Thema 4: medicatieveiligheid

4.4.1 Inleiding

Het uitgangspunt is dat een cliënt die medicatie gebruikt, zelf zijn medicatie beheert. Wanneer dat niet of niet meer helemaal lukt, neemt de zorgaanbieder het medicatiebeheer deels of helemaal van de cliënt over. De cliënt heeft hierbij naar vermogen een eigen rol en verantwoordelijkheid.

Het thema medicatieveiligheid richt zich op de (gedeeltelijke) overdracht van het medicatiebeheer door de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger aan de zorgaanbieder. Er is een keten van cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger, arts, apotheker, zorgaanbieder en zorgmedewerker. Voor een veilig medicatieproces is het van belang dat de activiteiten en verantwoordelijkheden van al deze schakels in de keten naadloos op elkaar aansluiten. Een zorgaanbieder die goede zorg biedt, heeft een adequaat medicatieveiligheidsbeleid dat ieders rol, verantwoordelijkheid en de samenwerking tussen de genoemde schakels beschrijft. De zorgaanbieder borgt dat die samenwerking plaatsvindt op een manier die de medicatieveiligheid ten goede komt.

4.4.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.1	De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven.				x
a)	De zorgaanbieder heeft een procedure farmaceutische zorg die voldoet aan de eisen van de Veilige principes in de medicatieketen.				x
b)	In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven.				x
4.2	De zorgaanbieder bepaalt in dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of de medicatie geheel of gedeeltelijk in eigen beheer wordt gegeven. De zorgaanbieder legt de gemaakte afspraken over het medicatiebeheer vast in het cliëntdossier.	x			
a)	De zorgaanbieder maakt in dialoog met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie.	x			
b)	De afspraken over het geheel of gedeeltelijk door de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger zelf beheren van medicatie staan in het cliëntdossier.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.2	(vervolg)				
c)	De betrokkenen evalueren de afspraken over het geheel of gedeeltelijk zelf beheren van medicatie volgens de frequentie in de veldnorm of naar behoefte vaker.	x			
4.3	Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek.				x
a)	Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek.				x
b)	De apotheek maakt en levert de medicatie-overzichten en de toedienlijsten van cliënten die medicatie gebruiken; medewerkers maken deze overzichten en lijsten niet zelf en passen bestaande medicatie-overzichten en toedienlijsten niet zelfstandig aan.				x
c)	Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.				x
4.4	Voor elke voorbehouden handeling is een opdracht in het cliëntdossier aanwezig.		x		
a)	Het uitvoeringsverzoek is op naam van de uitvoerende medewerker uitgeschreven of er is een raamovereenkomst tussen de zorgaanbieder en de opdrachtgever. In het uitvoeringsverzoek moet bij injecteren de dosering vermeld staan of moet verwezen worden naar een afwijkend schema. De contactgegevens van de opdrachtgever staan op het uitvoeringsverzoek.		x		
4.5	Bij medicatiewijziging past de medewerker de GDS-medicatie¹ niet aan.				x
a)	De medewerker past bij medicatiewijzigingen niet zelf de medicatie aan die de apotheek in een GDS-systeem ⁵ heeft uitgezet.				x
4.6	De zorgaanbieder draagt zorg voor het veilig en verantwoord bewaren en afvoeren van medicatie.				x
a)	De zorgaanbieder heeft afspraken met de apotheek over de wijze van afvoeren van retourmedicatie.				x

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.6	(vervolg)				
b)	Bij cliënten bij wie het risico bestaat dat zij door hun ziekte hun geneesmiddelen op een verkeerde wijze kunnen gebruiken (dementie, suïcidaliteit) heeft de zorgaanbieder met de cliënten of de cliëntvertegenwoordigers afspraken gemaakt over de bewaarplek(ken) van de geneesmiddelen van deze cliënten.				X
4.7	De zorgaanbieder registreert de (werk)voorraad medicatie en bewaakt de houdbaarheid ervan.				X
a)	De zorgaanbieder zorgt aantoonbaar voor periodieke controle op de medicatievoorraad. De zorgaanbieder heeft vastgelegd wie voor de periodieke controle verantwoordelijk is.				X
b)	Er is geen niet-op-naam-gestelde medicatie op voorraad, met uitzondering van de 'dokterstas'.				X
c)	De zorgaanbieder borgt dat de geopende medicinale dranken en druppels niet over de vervaldatum zijn. Dit doet hij door een aandachtsfunctionaris medicatie verantwoordelijk te maken voor het verwijderen en afvoeren van medicatie vlak vóór of op de vervaldatum. Het verdient hierbij de voorkeur om de datum van openen en/of de uiterste houdbaarheidsdatum na opening op de primaire verpakking te noteren.				X
4.8	Een tweede bekwaam persoon controleert de niet-GDS¹-medicatie, of er is een afspraak met de apotheek dat het geen risicovolle medicatie betreft voor deze cliënt.				X
a)	Voor niet GDS ¹ -medicatie heeft de zorgaanbieder afspraken met de apotheken gemaakt over het toepassen van de tweede controle.				X
b)	De tweede controle wordt bekwaam uitgevoerd. Het is traceerbaar wie deze controle uitvoert en op welke wijze dat gebeurt.				X
c)	Tot het moment van toediening is het duidelijk om welke medicatie het gaat.				X
4.9	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.				X
a)	De medewerker parafeert de toegediende of aangereikte medicatie per medicijn en per toedientijdstip op de toedienlijst.				X

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
4.10	Medewerkers signaleren werking en bijwerking van de toegediende medicatie.				x
a)	Medewerkers kunnen aangeven bij welke medicatie en welke verschijnselen zij actie ondernemen.				x
b)	Medewerkers registreren gesignaleerde (bij)werking(en) in het cliëntdossier.				x
c)	De bijsluiter van de medicatie is in het cliëntdossier opgenomen.				x

Toelichting

- 4.2 De zorgaanbieder bepaalde samen met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger dat de medicatietoediening geheel of gedeeltelijk door Convivio werd overgenomen. De zorgaanbieder legde deze gemaakte afspraken over het medicatiebeheer vast in het cliëntdossier. De medicatie en het medicatiebeheer was onderdeel van het zorgplan en de zorgplanbespreking.
- 4.4 Tijdens inzage in een cliëntdossier trof de inspectie een uitvoeringsverzoek aan zonder dat duidelijk was welke medewerkers de handeling mochten uitvoeren. Er werd niet verwezen naar een raamovereenkomst tussen arts en de organisatie. De zorgaanbieder refereerde aan een goede samenwerking met de huisartsen en mondelinge afspraken in deze. Aan een raamovereenkomst met betrekking tot de uitvoeringsverzoeken wordt gewerkt.

4.5 Thema 5: vrijheidsbeperking

4.5.1 Inleiding

Onder het begrip 'vrijheidsbeperking' verstaat de inspectie alle maatregelen die de vrijheid van cliënten beperken. Dit begrip heeft voor de inspectie al jaren een grotere reikwijdte dan de vrijheidsbeperkende maatregelen die de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) beschrijft.

Kwetsbare mensen zijn in hun dagelijkse leven afhankelijk van zorgverlening door professionals. Vrijheidsbeperking heeft een grote impact op hun kwaliteit van bestaan. Door langdurige en/of door onjuiste toepassing van vrijheidsbeperking kan bij hen grote fysieke en psychische schade ontstaan.

Binnen het thema vrijheidsbeperking beoordeelt de inspectie zowel maatregelen die leiden tot preventie en terugdringing van vrijheidsbeperking als de zorgvuldigheid waarmee besluitvorming en toepassing van vrijheidsbeperking plaatsvinden.

Uit wetenschappelijk onderzoek en uit praktijksituaties blijkt dat terugdringing van het aantal vrijheidsbeperkingen in de ouderenzorg en in de zorg voor mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking mogelijk is. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is een structureel bewustzijn bij zorgaanbieders en medewerkers over de verschillende vormen van vrijheidsbeperking en de impact die het toepassen van vrijheidsbeperking op cliënten heeft. Ook is het van belang dat zorgaanbieders en medewerkers te allen tijde op de hoogte zijn van de actuele stand van de kennis over vrijheidsbeperking.

4.5.2 Scores

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
5.1	De zorgaanbieder beschrijft zijn visie op en beleid over preventie, terugdringing, besluitvorming en uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen.				x
a)	De zorgaanbieder beschrijft in zijn beleid over vrijheidsbeperking hoe de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt teruggedrongen.				x
5.2	Voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt ingezet, analyseren de disciplines die bij de zorg aan de cliënt zijn betrokken, het (probleem)gedrag van de cliënt.				x
a)	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt bevindt zich in het cliëntdossier.				x
b)	Bij het maken van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt zijn relevante andere disciplines betrokken.				x

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
c)	De uitkomst van de (probleem)analyse van het gedrag van de cliënt is gebruikt bij het beoordelen van de inzet van (een) vrijheidsbeperkende maatregel(en) in het licht van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.				x
5.4	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger vindt multidisciplinaire besluitvorming plaats over de vrijheidsbeperkende maatregel(en).	x			
a)	Bij het multidisciplinaire overleg over de besluitvorming over de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel zijn alle voor die besluitvorming relevante disciplines betrokken.	x			
b)	In dialoog met de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger worden afspraken gemaakt over wanneer en hoe de vrijheidsbeperkende maatregel(en) wordt/(worden) toegepast.	x			
5.5	Een arts of een gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het besluit om over te gaan tot de vrijheidsbeperkende maatregel(en).	x			
a)	Het besluit om over te gaan tot toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en) en de verantwoordelijke voor dit besluit zijn terug te vinden in het cliëntdossier.	x			
5.6	De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger geeft toestemming voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel(en).	x			
a)	De toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger staat in het cliëntdossier.	x			
5.7	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.	x			
a)	Alle vrijheidsbeperkende maatregelen die bij de cliënt worden toegepast, zijn opgenomen in het cliëntdossier.	x			
5.8	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe.	x			
a)	Medewerkers passen vrijheidsbeperkende maatregelen zorgvuldig toe: volgens het protocol en afgestemd op de cliënt.	x			

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
b)	Medewerkers voeren risicovolle handelingen zoals (fysiek) fixeren, afzonderen, separeren en toedienen van medicatie bij cliënten die zich hiertegen verzetten, op een verantwoorde manier uit.			x	

Algemeen:

Binnen Huis Convivio werden de volgende vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast: rolstoelblad, rolstoel op de rem, sensoren, beddekken, tag met GPS en psychofarmaca.

Toelichting

- 5.2 In de periode tussen het inspectiebezoek van 4 augustus 2017 en dit bezoek zijn geen nieuwe vrijheidsbeperkende maatregelen ingezet. Wel zag de inspectie in de MDO-verslagen dat de risico's van de reeds ingezette maatregelen worden besproken en zo nodig nader onderzocht.
- 5.4 In het MDO, in aanwezigheid van de huisarts, besprak Huis Convivio de inzet van de vrijheidsbeperkende maatregelen. De cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger waren hierbij aanwezig.
- 5.5 Het besluit om over te gaan tot toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel en de verantwoordelijke voor dit besluit waren terug te vinden in het cliëntdossier. In het formulier stond ook een evaluatiedatum opgenomen.
- 5.6 Toestemming van de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger voor de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel waren aantoonbaar aanwezig.
- 5.7 De inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen waren opgenomen in het cliëntdossier. Op het blad met persoonsgegevens stond genoteerd of de cliënt wilsbekwaam was en stond genoteerd welke maatregelen voor de cliënt van toepassing waren. De onderliggende documentatie, waren als ondertekende documenten in het ECD opgenomen.
- 5.8 Voor alle vrijheidsbeperkende maatregelen die werden ingezet, was een werkinstructie in de map aanwezig. Medewerkers waren hiermee bekend.

4.6 Overige bevindingen

		Voldoet	Voldoet niet	N.v.t.	Niet beoordeeld
6.1	Medewerkers zorgen ervoor dat cliënten in een veilige (woon)omgeving verblijven.				X
a)	Medewerkers weten wat nodig is om ervoor te zorgen dat cliënten zich veilig voelen. Medewerkers nemen indien nodig maatregelen om de beleving van veiligheid bij cliënten te vergroten.				X
b)	Medewerkers creëren een veilige leefomgeving, rekening houdend met de individuele cliëntgebonden risico's.				X

Toelichting

Niet beoordeeld.

Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

De onderstaande documenten zijn door de inspectie gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek en het opstellen van dit rapport. De inspectie heeft de documenten niet in totaliteit beoordeeld, maar op specifieke onderwerpen doorgenomen.

- Resultaatsverslag, datum 21 september 2017;
- MIC meldingen en acties, september en oktober 2017;
- Cliënttevredenheidonderzoek Zorgkaart Nederland, Trendupdate 2017-3.

Bijlage 2 Overzicht wet- en regelgeving, veldnormen, circulaire en rapporten

Wetgeving:

- *Wet langdurige zorg (Wlz)*.
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)³.
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).
- Besluit langdurige zorg.
- Uitvoeringsbesluit Wkkgz.
- Besluit vaststelling van de minimumeisen voor de (verplichte) meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Veldnormen:

- Beleidsdocument veilig melden, KNMG, 2007.
- Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, ActiZ, GGZ Nederland, VGN, 2010.
- Handreiking Veilige principes in de medicatieketen, ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF, V&VN, 2012.
- Intentieverklaring Zorg voor Vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking, CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, ActiZ, VGN en IGZ, 2008.
- Klachtenrichtlijn gezondheidszorg versie 3.0, KNMG, 2005.
- Kwaliteitsdocument 2013 Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis.
- Landelijke instructie voor Toediening Gereedmaken van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen, V&VN, 2008.
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, januari 2015.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, ActiZ, GGZ Ned., IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS, ZN, FNT, NMT en VGN, 2008.
- RIVM Hygiënerichtlijnen voor verpleeghuizen en woonzorgcentra, 2012.
- Richtlijn Probleemgedrag, Verenso, 2006.
- Risicovolle medicatie in verband met dubbele controle, KNMG, 2013
- Van incident naar fundament, Movisie, 2005.

Circulaire en rapporten:

- Bulletin 'Het mag niet, het mag nooit: seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg', IGZ, augustus 2004.
- Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande, duidelijke ambities voor 2011 nodig, IGZ, december 2010.
- De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg, Nivel, 2012.
- Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg, IGZ, 2012.

³ De Wkkgz, die per 1 januari 2016 in werking is getreden, vervangt de Wkcz per 1 januari 2017 of zoveel eerder als de zorgaanbieder zijn klachtenregeling aan de Wkkgz heeft aangepast.

- Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis, IGZ, 2011.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperking, VWS, 26 maart 2008.